

## INDICE

### Modulistica Generale

- Statuto Cassa Assistenza Vittoria
- Regolamento Cassa Assistenza Vittoria
- Contributi Associativi
- Informativa sul trattamento dei dati personali
- Trattamento fiscale dei contributi
- Richiesta di adesione
- Variazione anagrafica

### Programma Morte ed Invalidità Permanente da Infortunio

- Richiesta di adesione
- Denuncia di sinistro
  
- Infortuni Professionali
  - Capitali assicurati sui multipli delle retribuzioni
  - Elenco assicurati a capitali fissi
  
- Infortuni Extra-Professionali
  - Capitali assicurati sui multipli delle retribuzioni
  - Elenco assicurati a capitali fissi

### Programma Invalidità Permanente da Malattia

- Richiesta di adesione
- Questionario sanitario
- Capitali assicurati sui multipli delle retribuzioni
- Elenco assicurati a capitali fissi
- Denuncia di sinistro

### Programma Rimborso Spese Sanitarie da Infortunio e Malattia

- Richiesta di adesione
- Richiesta rimborso spese sanitarie
- Richiesta rimborso spese sanitarie - dirigenti

### Programmi Vita

- Richiesta di adesione
- Allegato 1 - Documentazione sanitaria e Dichiarazioni dell'Assicurato
- Allegato 2 - Elenco assicurati vita
- Denuncia di sinistro



# Modulistica Generale

## STATUTO CASSA ASSISTENZA VITTORIA

### Art. 1 - Costituzione e denominazione

È costituita l'Associazione denominata "Cassa Assistenza Vittoria".  
L'Associazione è promossa e costituita ai sensi dell'art. 36 e seguenti del Codice Civile.

### Art. 2 - Sede

La "Cassa Assistenza Vittoria" ha sede in Milano, Via Ignazio Gardella, 2.

### Art. 3 - Durata

La durata della "Cassa Assistenza Vittoria" è a tempo indeterminato.

La "Cassa Assistenza Vittoria" verrà messa in liquidazione qualora non possa raggiungere lo scopo per la quale è stata costituita o quando il suo scioglimento venga deliberato dai Soci in Assemblea con la maggioranza dei tre quarti dei votanti.

### Art. 4 - Scopo

La "Cassa Assistenza Vittoria" non ha scopo di lucro, è retta e disciplinata secondo il principio della mutualità e si propone di attuare forme di assistenza per caso di morte, invalidità, infortuni e malattie, nonché altre forme di assistenza deliberate dal Consiglio di Amministrazione, attraverso la stipula di coperture assicurative ai seguenti soggetti:

- 1) Aziende operanti nei settori dell'industria, del commercio, dell'agricoltura, dei servizi, delle professioni ed organizzazioni indipendenti senza scopo di lucro che ne richiedano formale adesione;
  - 2) Dipendenti e/o collaboratori autonomi e/o titolari e/o dipendenti in quiescenza delle Aziende e Organizzazioni di cui al punto 1);
  - 3) Casse assistenziali aventi gestione autonoma;
- ai fini e per gli effetti stabiliti dalle leggi in materia, da accordi e contratti collettivi anche territoriali o aziendali e di categoria.

### Art. 5 - Soci

Il numero dei Soci è illimitato.

Possono diventare Soci i soggetti di cui all'articolo 4 che ne fanno richiesta mediante lettera di adesione indirizzata alla sede della "Cassa Assistenza Vittoria".

Ciascun Socio può recedere comunicando per iscritto alla "Cassa Assistenza Vittoria" tale volontà entro il 30 novembre di ogni anno.

### Art. 6 - Obblighi dei Soci

I Soci sono tenuti a versare annualmente un contributo associativo fissato dall'Assemblea su proposta del Consiglio di Amministrazione.

Sono inoltre tenuti al versamento dei contributi necessari alle coperture assicurative prescelte. In nessun caso la "Cassa Assistenza Vittoria" potrà anticipare per conto dei propri Soci alcun contributo.

L'attuazione delle assistenze integrative è condizionata al pagamento dei contributi da parte dei Soci. Le responsabilità derivanti dal mancato o ritardato versamento dei contributi stessi saranno esclusivamente imputate ai Soci inadempienti e non dovrà in alcun modo interferire con le posizioni degli altri associati.

Il Socio che non versi i contributi richiesti è passibile di esclusione dalla "Cassa Assistenza Vittoria". Tale esclusione sarà notificata a mezzo lettera raccomandata nella quale il Consiglio di Amministrazione evidenzierà le motivazioni che hanno portato alla decisione.

I Soci sono infine tenuti all'osservanza dello statuto e delle deliberazioni adottate dagli organi sociali.

Per tutti i rapporti con la "Cassa Assistenza Vittoria" il domicilio dei soci è quello risultante dal libro soci. I Soci dovranno comunicare alla "Cassa Assistenza Vittoria" ogni modifica di residenza e/o domicilio.

### Art. 7 - Elementi costitutivi

Il patrimonio della "Cassa Assistenza Vittoria" è costituito dai contributi versati dagli associati e da eventuali fondi di riserva costituiti da eccedenze di bilancio o da eventuali altre entrate che concorrano ad incrementare l'attivo sociale.

### Art. 8 - Assemblea

L'Assemblea è costituita da tutti i Soci.

L'Assemblea è convocata in via ordinaria una volta all'anno; è inoltre convocata ogni qualvolta lo ritenga opportuno il Presidente o il Consiglio di Amministrazione.

L'Assemblea è convocata e presieduta dal Presidente dell'Associazione, il quale ne regola lo svolgimento. In caso di assenza del Presidente, presiede l'Assemblea il Vicepresidente.

La convocazione è fatta mediante avviso da inviare a ciascun associato almeno quindici giorni prima della data fissata per l'adunanza, anche a mezzo fax o posta elettronica.

L'avviso deve contenere l'ordine del giorno, il luogo, la data e l'ora della riunione, ed, eventualmente, della seconda convocazione. Le Assemblee possono essere convocate anche fuori sede.

L'Assemblea è validamente costituita in prima convocazione con l'intervento di tanti Soci che ne rappresentino la maggioranza ed in seconda convocazione qualunque sia il numero dei presenti.

Ogni socio ha diritto ad un voto e può farsi rappresentare da altro Associato mediante delega scritta.

L'Assemblea :

- a) determina e nomina i componenti del Consiglio di amministrazione;
- b) procede alla nomina del Collegio dei Revisori dei Conti;
- c) approva il conto consuntivo dell'esercizio;

- d) apporta le modifiche allo Statuto;
- e) delibera lo scioglimento della "Cassa Assistenza Vittoria";
- f) stabilisce la misura dei contributi associativi.

Le deliberazioni sono adottate a maggioranza assoluta dei presenti.

#### Art. 9 - Consiglio di Amministrazione

La "Cassa Assistenza Vittoria" è amministrata da un Consiglio di Amministrazione composto da 3 a 5 membri nominati dall'Assemblea dei Soci, che ne determina anche il numero.

Gli amministratori restano in carica per tre esercizi e sono rieleggibili.

Possono essere membri del Consiglio di Amministrazione i Soci e terzi anche non Soci.

Il Consiglio elegge tra i suoi membri il Presidente e il Vicepresidente, se non vi abbia provveduto l'assemblea, che dureranno in carica tre esercizi.

In caso di morte o dimissioni di un membro del Consiglio di Amministrazione in carica, la sua sostituzione, fino al termine del mandato del Consiglio, viene effettuata mediante cooptazione da parte del Consiglio stesso. Se viene meno la maggioranza degli Amministratori nominati dall'Assemblea, quelli rimasti in carica devono convocare l'Assemblea perché provveda alla sostituzione dei mancanti. In caso di mancanza sopravvenuta di tutti gli Amministratori, l'Assemblea deve essere convocata d'urgenza dal Collegio dei Revisori, il quale può compiere nel frattempo gli atti di ordinaria amministrazione.

Il Consiglio è convocato con avviso da inviarsi mediante fax o posta elettronica almeno cinque giorni prima, o nei casi di urgenza mediante telegramma da inviarsi almeno due giorni prima, dalla data di convocazione per la riunione tutte le volte che il Presidente lo ritenga necessario e comunque almeno una volta all'anno.

Per la validità delle deliberazioni è sufficiente la presenza della maggioranza di membri in carica, tra i quali il Presidente od il Vicepresidente: in caso di parità di voti prevale quello di chi presiede.

Nessun compenso è dovuto ai membri del Consiglio di amministrazione.

#### Art. 10 - Competenze e poteri dell'Organo amministrativo

Il Consiglio è investito dei più ampi poteri per la gestione ordinaria e straordinaria della "Cassa Assistenza Vittoria".

Esso in particolare:

- a) propone all'Assemblea la misura dei versamenti di cui all'art. 6 del presente Statuto validi per ogni esercizio sociale;
- b) redige il rendiconto di gestione annuale che dovrà essere sottoposto all'approvazione dell'Assemblea entro la fine di giugno di ogni anno;
- c) delibera la convocazione dell'Assemblea;
- d) delibera sull'ammissione dei Soci.

#### Art. 11 - Poteri del Presidente

Il Presidente rappresenta la "Cassa Assistenza Vittoria" a tutti gli effetti di fronte ai terzi e in giudizio.

Al Presidente spetta la firma degli atti sociali che impegnano la "Cassa Assistenza Vittoria" sia nei riguardi dei Soci che dei terzi.

Il Presidente provvede in particolare a far dare attuazione alle deliberazioni dell'Assemblea e del Consiglio di Amministrazione.

In caso di assenza o di impedimento del Presidente, tutti i poteri a lui attribuiti spettano al Vicepresidente.

#### Art. 12 - Collegio dei Revisori dei Conti

Il controllo contabile è esercitato da un Collegio dei Revisori dei Conti costituito da tre membri effettivi e due supplenti che durano in carica tre esercizi e sono rieleggibili.

I membri sono nominati dall'assemblea dei Soci la quale nomina anche il Presidente dei Revisori dei Conti.

I Revisori dei conti hanno il diritto di controllare la gestione dell'associazione e devono presentare annualmente la loro relazione sul rendiconto di gestione annuale.

In caso di morte, rinuncia o decadenza di un membro del Collegio dei Revisori dei Conti, subentra il membro supplente più anziano e così di seguito in ordine di età.

I membri effettivi del Collegio dei Revisori dei Conti hanno la facoltà di partecipare alle riunioni del Consiglio di amministrazione.

Nessun compenso è dovuto ai membri del Collegio dei Revisori.

#### Art. 13 - Clausola compromissoria

Qualunque controversia dovesse insorgere fra gli associati o fra essi e l'associazione, incluse le controversie promosse da amministratori, liquidatori e sindaci o revisore, se esistenti, ovvero nei loro confronti, per questioni attinenti al rapporto associativo in materia di diritti disponibili, sarà devoluta al giudizio di un arbitro o di un collegio di tre arbitri, nominati dal presidente della Camera Arbitrale presso la Camera di Commercio competente avuto riguardo alla sede legale della società, su istanza della parte più diligente tra quelle in contesa.

La scelta in ordine alla nomina di un arbitro ovvero di un collegio arbitrale è rimessa alla parte che per prima presenta l'istanza per la nomina.

Nel caso in cui l'arbitro o uno degli arbitri designati sia impossibilitato o non intendesse assumere l'incarico, lo stesso sarà sostituito, su istanza di una delle parti in contesa, sempre dal Presidente della Camera Arbitrale presso la Camera di Commercio competente avuto riguardo alla sede legale della società. L'arbitro o il collegio arbitrale deciderà ritualmente, secondo diritto.

Se per qualsiasi motivo l'arbitro o uno degli arbitri dovesse venire meno all'incarico assunto, si provvederà ad una nuova nomina con le stesse modalità di cui sopra.

Il Regolamento della Camera Arbitrale vigente al momento di approvazione della domanda si intende integralmente accettato con l'adesione al presente statuto e/o con l'accettazione delle cariche sociali.

## REGOLAMENTO CASSA ASSISTENZA VITTORIA

### Art. 1 - Regolamento

Il presente regolamento disciplina il rapporto associativo tra Cassa Assistenza Vittoria e i Soci ai sensi degli articoli 4, 5 e 6 dello Statuto della Cassa.

### Art. 2 - Soci Ordinari

Sono Soci i soggetti, persone fisiche, giuridiche, enti, associazioni, aziende che manifestino la volontà di aderire alla Cassa, accettandone lo Statuto e versando i contributi associativi.

### Art. 3 - Contributi associativi

Per la realizzazione dello scopo di cui all'art. 6 dello Statuto, la Cassa percepirà dal Socio i contributi associativi nella misura e con le modalità proposte dal Consiglio di Amministrazione della Cassa e deliberate dall'assemblea dei Soci, nonché le contribuzioni necessarie al pagamento dei premi previsti per l'ottenimento delle prestazioni assicurative richieste dal Socio.

### Art. 4 - Modalità di adesione alla Cassa

4.1 - Per l'adesione alla Cassa il richiedente deve sottoscrivere la richiesta di adesione predisposta dalla Cassa.

4.2 - La richiesta deve inoltre essere corredata da una copia dell'accordo collettivo o del regolamento aziendale o delibera associativa o altro documento equipollente relativi alle prestazioni da attuare tramite la Cassa. Ogni successiva modifica o integrazione dell'accordo collettivo, del regolamento, della delibera o di documenti equipollenti deve essere fatta pervenire alla Cassa.

4.3 - La documentazione di cui al precedente punto 4.2 dovrà inoltre contenere le indicazioni relative:

- alle modalità di nomina, con metodo elettivo, dei rappresentanti dei dipendenti e collaboratori iscritti alla Cassa, ivi comprese le formalità per far constare il diritto di intervento all'Assemblea della Cassa;
- l'eventuale ripartizione della suddetta contribuzione tra ente e dipendente;
- ogni ulteriore modalità di contribuzione anche in relazione all'eventuale richiesta di aumentare una o più prestazioni previste dagli accordi di riferimento.

Spetta al Consiglio di Amministrazione della Cassa accettare o declinare, motivandone le ragioni, l'attuazione di specifiche modalità che venissero richieste dagli enti aderenti anche in sede di successive modifiche o integrazioni dell'accordo o del regolamento aziendale o delibera di adesione alla Cassa.

### Art. 5 - Convenzioni

5.1 - La Cassa potrà stipulare apposite convenzioni con la Vittoria Assicurazioni S.p.A. e/o altre imprese di assicurazione che si renderanno disponibili a prestare le relative coperture richieste dalla Cassa.

5.2 - Le condizioni contrattuali delle convenzioni e delle polizze assicurative regoleranno i termini di ciascuna delle coperture assicurative e delle prestazioni cui avranno diritto i soci e le persone assicurate.

5.3 - Ogni modifica di quanto regolato dalle convenzioni verrà concordata tra la Cassa e la Compagnia di assicurazione.

5.4 - La Cassa consegna al socio copia del Regolamento e delle polizze assicurative stipulate con l'Impresa di assicurazione ed ogni ulteriore modifica o rinnovo delle stesse.

5.5 - Le convenzioni stipulate dalla Cassa stabiliranno la data di cessazione delle coperture assicurative e degli eventuali servizi prestati nel caso di trasferimento presso altra cassa di assistenza cui il lavoratore dipendente o il collaboratore del Socio iscritto acceda in relazione alla sua eventuale nuova attività.

### Art. 6 - Prestazioni

La misura e le modalità delle prestazioni, le condizioni di esigibilità e la spettanza delle prestazioni dovute sono stabilite dalla/e polizza/e che in copia sarà/saranno consegnate dalla Cassa al Socio Aderente.

### Art. 7 - Informativa tra Cassa e Socio Aderente

7.1 - Il Socio Aderente comunicherà alla Cassa tutte le informazioni necessarie per l'espletamento degli obblighi fiscali cui la Cassa, o altro soggetto con essa contraente, debba adempiere.

7.2 - La Cassa ed il Socio Aderente si comunicheranno tempestivamente ogni e qualsiasi fatto da cui derivi la necessità di apportare modifiche alla/e polizza/e di cui al precedente articolo.

### Art. 8 - Responsabilità della Cassa per inadempienza di Soci Aderenti/Ordinari

La Cassa non assume alcuna responsabilità per la mancata o ridotta prestazione dei trattamenti assistenziali previsti a favore degli aventi diritto derivante da eventuali ritardi od omissioni nel versamento dei contributi rispetto a quanto previsto nella convenzione assicurativa.

### Art. 9. Durata

Il presente Regolamento ha validità triennale dalla data della sua approvazione.

Compete al Consiglio di Amministrazione della Cassa apportare modifiche o integrazioni allo stesso o deliberarne il rinnovo.

**CONTRIBUTI ASSOCIATIVI**

DESCRIZIONE	CONTRIBUTI IN EURO
AZIENDE O ENTI FINO A 10 DIPENDENTI	200,00
AZIENDE O ENTI DA 11 A 50 DIPENDENTI	400,00
AZIENDE O ENTI DA 51 A 100 DIPENDENTI	550,00
AZIENDE O ENTI DA 101 A 300 DIPENDENTI	600,00
AZIENDE O ENTI DA 301 A 500 DIPENDENTI	750,00
AZIENDE O ENTI CON OLTRE 500 DIPENDENTI	850,00

I contributi associativi dovranno essere bonificati a:

**CASSA ASSISTENZA VITTORIA**

**IBAN: IT 51 I 03332 01600 00000 1112572**

**BANCA PASSADORE Filiale C.so Matteotti - Milano**

## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI per i Soci e i Beneficiari

Cassa Assistenza Vittoria ("Cassa" o "Titolare") ai sensi degli artt. 13-14 del Regolamento UE n. 2016/679 in materia di protezione dei dati personali ("Regolamento Privacy"), in qualità di titolare, La informa, quale interessato, sul trattamento dei dati personali riferibili alla Sua persona e/o, eventualmente, ai Suoi familiari ("Dati Personali") richiesti o acquisiti in occasione dell'adesione alla Cassa. La Cassa è un'associazione senza scopo di lucro che si propone di attuare forme di assistenza per il caso di invalidità, infortuni, malattia e morte attraverso la stipula di coperture rivolte ai dipendenti (Beneficiari) delle aziende aderenti (Soci).

### FINALITA' DEL TRATTAMENTO:

La Cassa acquisisce e tratta i Dati Personali degli Interessati (es. i Beneficiari) per svolgere le proprie finalità istituzionali.

In particolare, i trattamenti effettuati dalla Cassa perseguono le finalità di:

- attuare forme di assistenza per il caso di morte, invalidità, infortuni e malattie, nonché eventuali altre forme di assistenza deliberate dal Consiglio di Amministrazione della Cassa tramite stipula di coperture assicurative ad hoc come disciplinato nel Regolamento e nello Statuto della Cassa;
- erogare prestazioni integrative a quelle fornite dal Servizio Sanitario Nazionale in favore dei Beneficiari in virtù dell'adesione del Socio alla Cassa e del relativo consenso espresso dal Beneficiario per il trattamento di dati di categorie particolari (es. dati sanitari);
- adempiere a specifici obblighi di legge o regolamento.

I dati dei Soci sono trattati in virtù dell'adesione alla Cassa mentre i dati dei Beneficiari sono trattati in virtù del contratto collettivo nazionale applicabile al settore d'appartenenza, all'accordo integrativo aziendale applicabile all'unità organizzativa e per quanto riguarda i dati sanitari dei Beneficiari e dei loro familiari, in virtù del consenso da questi espresso, a seconda del programma di riferimento, al momento della compilazione del questionario sanitario o della richiesta di rimborso spese sanitarie o della denuncia di sinistro.

### CONFERIMENTO DEI DATI:

Il conferimento dei dati è obbligatorio da parte dei Soci per poter aderire alla Cassa, da parte dei Beneficiari per poter erogare loro le connesse prestazioni previste dal programma di riferimento. Il conferimento dei dati è, altresì, obbligatorio per adempiere agli obblighi di legge o regolamento cui la Cassa è soggetta. In caso di mancato, parziale o inesatto loro conferimento non sarà possibile procedere all'adesione alla Cassa e/o all'erogazione delle prestazioni previste.

### MODALITA' E DURATA DEL TRATTAMENTO:

I Dati Personali acquisiti direttamente dai Beneficiari o per il tramite

dei Soci e degli altri soggetti coinvolti nelle attività della Cassa vengono trattati su supporti cartacei ed informatici che ne garantiscono la riservatezza, l'integrità e la disponibilità in conformità a quanto richiesto dal Regolamento Privacy.

I dati sono conservati per un periodo non superiore a quello necessario a perseguire le finalità sopra indicate ovvero adempiere gli obblighi contrattuali e di legge.

### COMUNICAZIONE DEI DATI

La Cassa per le finalità di cui sopra può comunicare i Dati Personali a delle terze parti, stabilite in Italia o in paesi terzi, che vengono opportunamente nominate responsabili del trattamento o che operano come titolari autonomi del trattamento:

- Società di cui la Cassa si avvale a supporto delle proprie attività istituzionali anche per fornire i servizi ai Beneficiari (es. Compagnie di assicurazioni, società di servizi, strutture sanitarie, istituti di credito, società di consulenza, etc.);
- Pubbliche Autorità, Autorità di vigilanza e Amministrazione finanziaria;
- Revisori contabili;

L'elenco aggiornato delle categorie di terze parti a cui la Cassa comunica i Dati Personali può essere richiesta per iscritto all'indirizzo di Via Gardella, 2 - 20149 Milano.

### DIRITTI DEGLI INTERESSATI

Gli interessati, possono chiedere l'accesso, la rettifica e la cancellazione dei Dati Personali nonché di limitare il trattamento od opporsi allo stesso qualora vi siano i presupposti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento Privacy.

Gli interessati, possono, altresì, chiedere alla Cassa la portabilità dei Dati Personali e la loro trasmissione in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivi automatici ad un altro titolare o all'interessato richiedente.

In caso di violazione della disciplina in materia di privacy, l'interessato può proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali. .

### ESERCIZIO DEI DIRITTI

Per esercitare i diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento Privacy, gli Interessati possono inviare una richiesta scritta tramite servizio postale alla sede della Cassa in Via Ignazio Gardella, 2 - 20149 Milano oppure, in alternativa, un messaggio di posta elettronica certificata all'indirizzo [cassa.av@pec.vittoriaassicurazioni.it](mailto:cassa.av@pec.vittoriaassicurazioni.it).

### TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento è Cassa Assistenza Vittoria con sede in Via Ignazio Gardella - 20149 Milano, C.F. 97514780150.

## TRATTAMENTO FISCALE DEI CONTRIBUTI Prestazioni di assistenza sanitaria

La normativa applicabile ai contributi versati ad una cassa di assistenza (per prestazioni di sola assistenza sanitaria) in relazione ai redditi di lavoro dipendente, è quella prevista dall'art. 51, comma 2, lett.a) del TUIR (Testo Unico delle Imposte sui Redditi) approvato con D.P.R. 22/12/86 n. 917 e successive modifiche ed integrazioni che contiene, appunto, la disciplina dei contributi versati dal datore di lavoro e dal lavoratore stabilendo condizioni e limiti per la non concorrenza degli stessi al reddito di lavoro dipendente.

Il comma 2 del predetto articolo recita: "non concorrono a formare reddito:

- a) "... i contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal lavoratore ad enti o casse aventi esclusivamente finalità assistenziale in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale, che operino negli ambiti di intervento stabiliti con il decreto del Ministro della Salute di cui all'art. 10, comma 1, lettera e-ter), per un importo non superiore complessivamente ad € 3.615,20. Ai fini del calcolo del predetto limite si tiene conto anche dei contributi di assistenza sanitaria versati ai sensi dell'art. 10 comma 1, lettera e-ter) ".

Con riferimento al Decreto del Ministero della Salute, questi ha stabilito che per poter beneficiare e della deducibilità, i Fondi Sanitari collettivi aziendali previsti dall'art 51 comma 2, lett.a) del TUIR debbano, a far tempo dal 2010, destinare almeno il 20% delle erogazioni, complessivamente garantite ai propri assistiti a prestazioni di assistenza odontoiatrica, assistenza socio-sanitaria rivolta ai soggetti non autosufficienti e di prestazioni di assistenza al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio.

Il beneficio fiscale viene accordato ai contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal lavoratore solo se vengono soddisfatte le seguenti condizioni:

- i contributi devono essere versati ad una cassa avente esclusivamente finalità assistenziale;
- il versamento dei contributi alla cassa di assistenza deve essere previsto da uno specifico contratto o accordo collettivo o da un regolamento aziendale.

Il contributo versato dal lavoratore è trattenuto dal datore di lavoro direttamente dalla retribuzione lorda del dipendente, a monte dell'imposizione fiscale.

La certificazione che il datore di lavoro deve rilasciare ai propri dipendenti in qualità di sostituto d'imposta (Certificazione unica CU), dovrà indicare in apposita casella l'ammontare dei contributi sanitari versati alla cassa di assistenza che non hanno concorso a formare il reddito di lavoro dipendente, inoltre nelle annotazioni della suddetta certificazione il datore di lavoro dovrà:

- indicare al lavoratore che non può essere presentata la dichiarazione per far valere deduzioni o detrazioni di imposta relative a spese sanitarie rimborsate per effetto di tali contributi;
- chiarire al contribuente, se sono stati versati contributi di importo superiore ai limiti previsti dalla legge (attualmente € 3.615,20), che le spese sanitarie rimborsate per effetto di prestazioni rese dalla cassa di assistenza, in base ai contributi versati, potranno proporzionalmente essere portate in deduzione o che potrà essere proporzionalmente calcolata la detrazione d'imposta. A tal fine nella medesima annotazione dovranno essere indicati in uguale misura i contributi che non hanno concorso alla formazione del reddito.

Il lavoratore dipendente, in sede di dichiarazione annuale dei propri redditi non deve fare alcun conteggio in quanto il reddito imponibile è già stato determinato dal datore di lavoro e riportato nella Certificazione unica (CU) che lo stesso deve rilasciare ai propri dipendenti.

Nel caso in cui il lavoratore voglia estendere la copertura sanitaria ai familiari fiscalmente a carico, e non a carico purché conviventi (Agenzia delle Entrate n. 50 del 12/06/2002) sostenendone il costo, il relativo contributo usufruirà dei benefici fiscali sopra descritti.

Nel momento in cui il lavoratore ottiene dalla cassa di assistenza il rimborso delle spese sanitarie sostenute, potrà avvalersi, in sede di dichiarazione personale dei redditi, della deduzione dal reddito o della detrazione d'imposta nella misura del 19% che spetta sull'importo che eccede € 129,11, limitatamente alla parte di spesa rimasta effettivamente a suo carico e non rimborsata dalla cassa di assistenza.

Le prestazioni sanitarie erogate dalla cassa sono esenti da qualunque tipo di tassazione.

Per il datore di lavoro l'importo dei contributi versati alla cassa di assistenza costituisce costo integralmente deducibile dal reddito d'impresa calcolato ai fini IRES.

Un'ulteriore agevolazione di cui usufruiscono i contributi a carico del datore di lavoro versati alle Casse di Assistenza, è la ridotta aliquota contributiva sociale prevista dall'art. 6, del D.lgs 2 settembre 1997 n. 314.

I suddetti contributi, in luogo della contribuzione sociale ordinaria (INPS), sono infatti soggetti ad un contributo di solidarietà del 10% che deve essere devoluto alle gestioni pensionistiche di legge cui sono iscritti i lavoratori.

Rimane invece fermo l'assoggettamento a contribuzione ordinaria nel regime obbligatorio di appartenenza delle quote ed elementi retributivi a carico del lavoratore destinati al finanziamento della cassa di assistenza (art. 6 D.lgs.314/97).

**CONFRONTO IN SINTESI (PRESTAZIONI DI SOLA ASSISTENZA SANITARIA)**

Trattamento fiscale per il lavoratore e contributivo per il datore di lavoro nel caso di attuazione di un piano di assistenza sanitaria mediante:

- a) cassa di assistenza;
- b) polizza assicurativa

Modalità di attuazione	Trattamento fiscale per il dipendente	Trattamento contributivo per l'azienda
Contributo alla Cassa di Assistenza (per prestazioni di sola assistenza sanitaria)	Non concorre a formare reddito di lavoro fino al limite complessivo di euro 3.615,20 ( art. 51, comma 2, lett. a del TUIR)	Soggetto a contributo di solidarietà del 10% (art. 6, lettera f, del D.L n. 314/1997)
Premio assicurativo per polizze malattia (contraenza diretta dell'azienda)	Imponibile Irpef	Contributo previdenziale ordinario

## TRATTAMENTO FISCALE DEI CONTRIBUTI

### Infortunati extraprofessionali, morte ed invalidità permanente per qualsiasi causa

I contributi versati dal datore di lavoro alla cassa di assistenza, in conformità a contratti collettivi, accordi o regolamenti aziendali, rappresentano un elemento aggiuntivo della retribuzione del dipendente stesso, un cosiddetto "fringe benefit"

Come indicato dalla risoluzione 391/E del 21 dicembre 2007 dell'Agenzia delle Entrate, l'importo dei contributi in questione rappresenta un componente positivo del reddito di lavoro dipendente ai sensi dell'art. 51, comma 1, del DPR 917/1986 ferma restando l'applicazione del comma 3 dello stesso art. 51 del DPR 917/1986, in base al quale il valore del contributo non concorre alla formazione del reddito di lavoro dipendente se, sommato al valore di altri eventuali beni o servizi in natura concessi ai dipendenti, questi non supera l'importo complessivo, attualmente, di euro 258,23 nel periodo d'imposta.

Se il valore totale dei fringe benefits a favore del dipendente fosse superiore al limite di cui sopra, l'intero importo del contributo in questione concorrerebbe a formare il reddito di lavoro. In tal caso, come indicato dalla risoluzione 391/E del 21 dicembre 2007 dell'Agenzia delle Entrate, i lavoratori avranno diritto a fruire della detrazione d'imposta in misura pari al 19% (art. 15, comma 1, lettera f) del DPR 917/1986) dei soli contributi versati alla cassa destinati alla copertura per il rischio morte e/o invalidità permanente non inferiore al 5%. La detrazione spettante va calcolata tenendo conto del limite massimo di spesa (contributi)

stabiliti per legge, attualmente pari a euro 530, elevati a 750 relativamente al rischio morte finalizzato alla tutela delle persone con disabilità.

Ai fini del calcolo di tale limite di detraibilità si deve tener conto anche dei premi relativi ad altre assicurazioni (sulla vita o per malattia) per le quali spetta il benefit della detraibilità.

Tale detrazione può essere effettuata dal dipendente attraverso la propria dichiarazione dei redditi ( modello Unico o 730) o può essere anche effettuata direttamente dal datore di lavoro (su richiesta del dipendente) che, in tal caso, inserisce l'importo detratto direttamente nella Certificazione unica CU rilasciata al dipendente.

Per il datore di lavoro l'importo dei contributi versati alla cassa costituisce costo integralmente deducibile dal reddito d'impresa.

Dal punto di vista previdenziale anche per questi contributi vige l'ulteriore agevolazione di cui usufruiscono i contributi a carico del datore di lavoro versati alle Casse di Assistenza, consistente nella ridotta aliquota contributiva prevista dall' art. 6 del D.lgs. 2 settembre 1997 n. 314. Tali contributi, in luogo della contribuzione ordinaria INPS, sono infatti soggetti ad un contributo di solidarietà del 10% che deve essere devoluto alle gestioni pensionistiche di legge cui sono iscritti i lavoratori.

Rimane invece fermo l'assoggettamento a contribuzione ordinaria, nel regime obbligatorio di appartenenza, di eventuali contributi a carico del lavoratore (art. 6 D.lgs.314/97).

## RICHIESTA DI ADESIONE

RAGIONE SOCIALE		
SEDE IN	INDIRIZZO	CAP

### CHIEDE

l'iscrizione a codesta Cassa, intendendo usufruire delle forme integrative e complementari di assistenza che si riserva di indicare. La scrivente conferma:

- 1) di conoscere ed accettare lo Statuto della Cassa Assistenza Vittoria;
- 2) l'impegno a versare i contributi associativi che le verranno richiesti;
- 3) d'essere al corrente degli adempimenti civilistici e fiscali a suo carico in virtù del disposto di legge in vigore;
- 4) di aver ricevuto e letto l'Informativa sul Trattamento dei Dati Personali;
- 5) l'impegno di consegnare a tutti i Beneficiari/propri dipendenti copia delle Condizioni Contrattuali relative al programma di assistenza scelto dal Socio/datore di lavoro aderente alla Cassa e copia dell'Informativa sul trattamento dei Dati Personali. Il Socio conferma altresì l'impegno di acquisire i relativi consensi privacy presenti, a seconda del programma di assistenza, sui moduli del questionario sanitario, della richiesta di rimborso spese sanitarie o di denuncia dei sinistri;
- 6) di aver preso visione dei contributi associativi.

Si attende conferma dell'avvenuta iscrizione, indicando sotto

SIG
-----

il proprio delegato autorizzato ad intrattenere i rapporti e la relativa corrispondenza con la Cassa Assistenza Vittoria.

Con i migliori saluti.

TIMBRO DEL RICHIEDENTE FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE
---

LUOGO E DATA
--------------

## ESTREMI DEL RICHIEDENTE

RAGIONE SOCIALE		
SEDE IN	INDIRIZZO	
CODICE FISCALE/PARTITA I.V.A.	TELEFONO	FAX
ASSOCIAZIONE INDUSTRIALE DI APPARTENENZA	REFERENTE	
TELEFONO	CELL	E-MAIL
N. <input type="checkbox"/> SINO A 10 <input type="checkbox"/> DA 11 A 50 <input type="checkbox"/> DA 51 A 100 <input type="checkbox"/> DA 101 A 300 <input type="checkbox"/> DA 301 A 500 <input type="checkbox"/> OLTRE 500		
ISCRIZIONE ALLA CASSA È PREVISTA DA: (allegare copia) <input type="checkbox"/> C.C.N.L. <input type="checkbox"/> CONTRATTO INTEGRATIVO <input type="checkbox"/> ACCORDO/REGOLAMENTO AZIENDALE		

## LEGALE RAPPRESENTANTE

COGNOME - NOME		CODICE FISCALE	
INDIRIZZO		COMUNE	PROV.
DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	PROV.	ETÀ
PROFESSIONE		SESSO <span style="font-size: 1.5em; font-weight: bold;">F M</span>	
COD. SOTTOGR.	COD. GRUPPO	DOC. IDENTIFICATIVO VALIDO	N. DOC
RILASCIATO DA		DATA SCADENZA	

## VARIAZIONE ANAGRAFICA

Vogliate apportare le seguenti variazioni alla scheda anagrafica del Sig. \_\_\_\_\_

**Variazione indirizzo**

VIA/PIAZZA	COMUNE	PROV.
------------	--------	-------

**Variazione recapito bancario**

BANCA	AGENZIA DI	N.
N. IBAN		

**Variazione nucleo familiare**

NOMINATIVO	GRADO DI PARENTELA*	NAC**	DATA DI NASCITA	COD. FISCALE
NOMINATIVO	GRADO DI PARENTELA*	NAC**	DATA DI NASCITA	COD. FISCALE
NOMINATIVO	GRADO DI PARENTELA*	NAC**	DATA DI NASCITA	COD. FISCALE

\*I: Iscritto - C: Coniuge - F: Figlia/Figlio indicare se trattasi di coniuge o convivente "more uxorio" \*\*Indicare se trattasi di familiare "non acarico" o "non assistito" FASI, FASDAC o altro "Fondo equivalente"

Con i migliori saluti.

TIMBRO DEL RICHIEDENTE E  
FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

LUOGO E DATA
--------------

### ESTREMI DEL RICHIEDENTE

RAGIONE SOCIALE		
SEDE IN	INDIRIZZO	
CODICE FISCALE/PARTITA I.V.A.	TELEFONO	FAX
ASSOCIAZIONE INDUSTRIALE DI APPARTENENZA	REFERENTE	
TELEFONO	CELL	E-MAIL

### LEGALE RAPPRESENTANTE

COGNOME - NOME		CODICE FISCALE	
INDIRIZZO		COMUNE	PROV. CAP
DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	PROV.	ETÀ PROFESSIONE
		SESSO F M	
COD. SOTTOGR.	COD. GRUPPO	DOC. IDENTIFICATIVO VALIDO	N. DOC.
		RILASCIATO DA	DATA SCADENZA



**Programma Morte ed  
Invalidità Permanente  
da Infortunio**

**Programma Morte ed Invalidità Permanente da Infortunio**

**RICHIESTA DI ADESIONE**

Richiediamo l'iscrizione al programma in oggetto con effetto

DALLE ORE

DEL

Restiamo in attesa di conoscere l'ammontare dei contributi assicurativi dovuti per il periodo sotto specificato:

DALLE ORE

DEL

ALLE ORE

DEL

I nominativi e/o categorie da assicurare ed i relativi capitali sono riportati nell'allegato prospetto.

TIMBRO DEL RICHIEDENTE E  
FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

LUOGO E DATA

**ESTREMI DEL RICHIEDENTE**

RAGIONE SOCIALE

SEDE IN

INDIRIZZO

CODICE FISCALE/PARTITA I.V.A.

TELEFONO

FAX

ASSOCIAZIONE INDUSTRIALE DI APPARTENENZA

REFERENTE

TELEFONO

CELL

E-MAIL

**LEGALE RAPPRESENTANTE**

COGNOME - NOME

CODICE FISCALE

INDIRIZZO

COMUNE

PROV.

CAP

DATA DI NASCITA

LUOGO DI NASCITA

PROV.

ETÀ

PROFESSIONE

SESSO

F M

COD. SOTTOGR.

COD. GRUPPO

DOC. IDENTIFICATIVO VALIDO

N. DOC

RILASCIATO DA

DATA SCADENZA

**Programma Morte ed Invalidità Permanente da Infortunio**

**DENUNCIA DI SINISTRO**

**DATI ASSOCIATO**

AZIENDA ASSOCIATA			
CATEGORIA <input type="checkbox"/> QUADRO	CATEGORIA <input type="checkbox"/> IMPIEGATO	CATEGORIA <input type="checkbox"/> OPERAIO	CATEGORIA <input type="checkbox"/> ALTRO

**DATI ANAGRAFICI**

NOMINATIVO		
INDIRIZZO	COMUNE	PROV.
LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	COD. FISCALE
TELEFONO	CELL	E-MAIL
BANCA	AGENZIA DI	N.
N. IBAN		

**INFORMAZIONI RELATIVE ALL'EVENTO**

DATA ACCADIMENTO	ORA ACCADIMENTO
DESCRIZIONE DELL'EVENTO	
NOMINATIVO TESTIMONI	PERSONE INTERVENUTE SUCCESSIVAMENTE
PRIME CURE PRESTATE DA	
DIAGNOSI RELATIVA ALLE LESIONI PROCURATE DALL'EVENTO	
L'ASSICURATO HA SUBITO PRECEDENTI INFORTUNI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	IN CASO AFFERMATIVO, SPECIFICARE LESIONE E INVALIDITÀ RICONOSCIUTA
ALLEGATO <input type="checkbox"/> CERTIFICATI MEDICI	ALLEGATO <input type="checkbox"/> COPIA INTEGRALE CARTELLA CLINICA
	ALLEGATO <input type="checkbox"/> ALTRO

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI DI CATEGORIE PARTICOLARI**

In qualità di interessato, dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali fornita dal Socio/datore di lavoro e di dare il proprio consenso al trattamento da parte della Cassa dei dati personali di categorie particolari (es. dati sanitari).  
Qualora i dati sanitari siano riferibili ad un Suo familiare avrà la responsabilità di renderlo edotto dell'Informativa sul trattamento dei dati personali della Cassa e di acquisirne il relativo consenso al trattamento dei dati di categorie particolari

NOMINATIVO	FIRMA DEL RICHIEDENTE
NOMINATIVO	FIRMA DEL RICHIEDENTE
NOMINATIVO	FIRMA DEL RICHIEDENTE

**Programma Morte ed Invalidità Permanente da Infortunio - Infortuni Professionali**

**CAPITALI ASSICURATI SUI MULTIPLI DELLE RETRIBUZIONI**

Indicare le categorie da assicurare ed i multipli di retribuzione:

CATEGORIA <input type="checkbox"/> DIRIGENTI	GARANZIA	MORTE	MULTIPLIO (DA INTENDERE FINO A...) _____ VOLTE LA RETRIBUZIONE ANNUA
	GARANZIA	INVALIDITÀ PERMANENTE	MULTIPLIO (DA INTENDERE FINO A...) _____ VOLTE LA RETRIBUZIONE ANNUA
CATEGORIA <input type="checkbox"/> QUADRI	GARANZIA	MORTE	MULTIPLIO (DA INTENDERE FINO A...) _____ VOLTE LA RETRIBUZIONE ANNUA
	GARANZIA	INVALIDITÀ PERMANENTE	MULTIPLIO (DA INTENDERE FINO A...) _____ VOLTE LA RETRIBUZIONE ANNUA
CATEGORIA <input type="checkbox"/> IMPIEGATI	GARANZIA	MORTE	MULTIPLIO (DA INTENDERE FINO A...) _____ VOLTE LA RETRIBUZIONE ANNUA
	GARANZIA	INVALIDITÀ PERMANENTE	MULTIPLIO (DA INTENDERE FINO A...) _____ VOLTE LA RETRIBUZIONE ANNUA
CATEGORIA <input type="checkbox"/> OPERAI	GARANZIA	MORTE	MULTIPLIO (DA INTENDERE FINO A...) _____ VOLTE LA RETRIBUZIONE ANNUA
	GARANZIA	INVALIDITÀ PERMANENTE	MULTIPLIO (DA INTENDERE FINO A...) _____ VOLTE LA RETRIBUZIONE ANNUA

Indicare il totale delle retribuzioni erogate per categoria nell'ultimo esercizio e la massima retribuzione erogata per singola categoria:

CATEGORIA <b>DIRIGENTI</b>	TOTALE RETRIBUZIONI ULTIMO ESERCIZIO	MASSIMA RETRIBUZIONE
CATEGORIA <b>QUADRI</b>	TOTALE RETRIBUZIONI ULTIMO ESERCIZIO	MASSIMA RETRIBUZIONE
CATEGORIA <b>IMPIEGATI</b>	TOTALE RETRIBUZIONI ULTIMO ESERCIZIO	MASSIMA RETRIBUZIONE
CATEGORIA <b>OPERAI</b>	TOTALE RETRIBUZIONI ULTIMO ESERCIZIO	MASSIMA RETRIBUZIONE

LUOGO

DATA

**Programma Morte ed Invalidità Permanente da Infortunio - Infortuni Professionali**

**ELENCO ASSICURATI A CAPITALI FISSI**

N. 01	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 02	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 03	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 04	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 05	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 06	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 07	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 08	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 09	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 10	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 11	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 12	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 13	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 14	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 15	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 16	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 17	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 18	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 19	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 20	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO

(\*) D: Dirigenti – Q: Quadri – I: Impiegati – O: Operai

LUOGO

DATA

**Programma Morte ed Invalidità Permanente da Infortunio - Infortuni Extra-Professionali**

**CAPITALI ASSICURATI SUI MULTIPLI DELLE RETRIBUZIONI**

Indicare le categorie da assicurare ed i multipli di retribuzione:

CATEGORIA <input type="checkbox"/> DIRIGENTI	GARANZIA	MORTE	MULTIPLIO (DA INTENDERE FINO A...) _____ VOLTE LA RETRIBUZIONE ANNUA
	GARANZIA	INVALIDITÀ PERMANENTE	MULTIPLIO (DA INTENDERE FINO A...) _____ VOLTE LA RETRIBUZIONE ANNUA
CATEGORIA <input type="checkbox"/> QUADRI	GARANZIA	MORTE	MULTIPLIO (DA INTENDERE FINO A...) _____ VOLTE LA RETRIBUZIONE ANNUA
	GARANZIA	INVALIDITÀ PERMANENTE	MULTIPLIO (DA INTENDERE FINO A...) _____ VOLTE LA RETRIBUZIONE ANNUA
CATEGORIA <input type="checkbox"/> IMPIEGATI	GARANZIA	MORTE	MULTIPLIO (DA INTENDERE FINO A...) _____ VOLTE LA RETRIBUZIONE ANNUA
	GARANZIA	INVALIDITÀ PERMANENTE	MULTIPLIO (DA INTENDERE FINO A...) _____ VOLTE LA RETRIBUZIONE ANNUA
CATEGORIA <input type="checkbox"/> OPERAI	GARANZIA	MORTE	MULTIPLIO (DA INTENDERE FINO A...) _____ VOLTE LA RETRIBUZIONE ANNUA
	GARANZIA	INVALIDITÀ PERMANENTE	MULTIPLIO (DA INTENDERE FINO A...) _____ VOLTE LA RETRIBUZIONE ANNUA

Indicare il totale delle retribuzioni erogate per categoria nell'ultimo esercizio e la massima retribuzione erogata per singola categoria:

CATEGORIA <b>DIRIGENTI</b>	TOTALE RETRIBUZIONI ULTIMO ESERCIZIO	MASSIMA RETRIBUZIONE
CATEGORIA <b>QUADRI</b>	TOTALE RETRIBUZIONI ULTIMO ESERCIZIO	MASSIMA RETRIBUZIONE
CATEGORIA <b>IMPIEGATI</b>	TOTALE RETRIBUZIONI ULTIMO ESERCIZIO	MASSIMA RETRIBUZIONE
CATEGORIA <b>OPERAI</b>	TOTALE RETRIBUZIONI ULTIMO ESERCIZIO	MASSIMA RETRIBUZIONE

LUOGO	DATA
-------	------

**Programma Morte ed Invalidità Permanente da Infortunio - Infortuni Extra-Professionali**

**ELENCO ASSICURATI A CAPITALI FISSI**

N. 01	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 02	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 03	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 04	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 05	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 06	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 07	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 08	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 09	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 10	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 11	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 12	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 13	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 14	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 15	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 16	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 17	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 18	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 19	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 20	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO

(\*) D: Dirigenti – Q: Quadri – I: Impiegati – O: Operai

LUOGO	DATA
-------	------



**Programma  
Invalidità Permanente  
da Malattia**

### Programma Invalidità Permanente da Malattia

#### RICHIESTA DI ADESIONE

Richiediamo l'iscrizione al programma in oggetto con effetto

Restiamo in attesa di conoscere l'ammontare dei contributi assicurativi dovuti per il periodo sotto specificato:

DALLE ORE

DALLE ORE

DEL

DEL

ALLE ORE

DEL

I nominativi e/o categorie da assicurare ed i relativi capitali sono riportati nell'allegato prospetto.

TIMBRO DEL RICHIEDENTE E  
FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

LUOGO E DATA

#### ESTREMI DEL RICHIEDENTE

RAGIONE SOCIALE

SEDE IN

INDIRIZZO

CODICE FISCALE/PARTITA I.V.A.

TELEFONO

FAX

ASSOCIAZIONE INDUSTRIALE DI APPARTENENZA

REFERENTE

TELEFONO

CELL

E-MAIL

#### LEGALE RAPPRESENTANTE

COGNOME - NOME

CODICE FISCALE

INDIRIZZO

COMUNE

PROV.

CAP

DATA DI NASCITA

LUOGO DI NASCITA

PROV.

ETÀ

PROFESSIONE

SESSO

**F M**

COD. SOTTOGR.

COD. GRUPPO

DOC. IDENTIFICATIVO VALIDO

N. DOC

RILASCIATO DA

DATA SCADENZA

**Programma Invalidità Permanente da Malattia**

**QUESTIONARIO SANITARIO**

La completezza e veridicità delle notizie fornite dall'Assicurando costituiscono, ai sensi degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile, presupposto essenziale per la validità ed efficacia del contratto di assicurazione

AGENZIA GENERALE DI

**DATI ANAGRAFICI**

NOMINATIVO ASSICURANDO/A

LUOGO DI NASCITA

DATA DI NASCITA

PROFESSIONE

**IMPORTANTE:** per una maggiore comprensione delle informazioni e dei dati richiesti, legga le Note riportate nel presente questionario

**1** Indicare: peso kg \_\_\_\_\_ altezza cm \_\_\_\_\_ pressione arteriosa abituale max \_\_\_\_\_ min \_\_\_\_\_

**NOTE**

queste informazioni sono rilevanti ai fini dell'anamnesi fisiologica, per consentire ad esempio di individuare eventuali disturbi del metabolismo

**2** È portatore di malformazioni e/o difetti fisici?  NO  SI

Se sì, quali e da quanto tempo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NOTE**

ad esempio: deficit della vista e/o dell'udito, esiti di poliomielite, difetti cardiaci, ernie, sterilità, alluce valgo, ecc.

**3** Ha sofferto di qualche malattia diversa da quelle esantematiche tipiche dell'infanzia?  NO  SI

Se sì, quali, quando e con che esiti? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NOTE**

ad esempio: tumori, pleurite, infarto miocardico, ictus cerebrale, ulcera gastrica o duodenale, epatiti, calcolosi, nefriti, cistiti, artriti, malattie infettive diverse da quelle esantematiche dell'infanzia, lombosciatalgie, malattie ginecologiche, ecc. Le malattie esantematiche dell'infanzia, che non è necessario indicare, sono ad esempio morbillo, varicella, ecc.

**4** Ha subito lesioni traumatiche?  NO  SI

Se sì, quali, quando e con quali esiti? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NOTE**

ad esempio: fratture, distorsioni, lussazioni, lesioni tendinee o muscolari, traumi cranici, ecc.

**5** È stato ricoverato (anche in regime di day-hospital), in Italia o all'estero, in ospedale, clinica, casa di cura, convalescenziario?  NO  SI  
Se sì, dove, quando e per quali motivi? \_\_\_\_\_

**NOTE**  
per ricovero si intende la permanenza con pernottamento in ospedale, clinica, casa di cura, convalescenziario. per day hospital degenza esclusivamente diurna

**6** È stato sottoposto ad interventi chirurgici (compreso il parto con taglio cesareo)?  NO  SI  
Se sì, quali, quando e per quali motivi? \_\_\_\_\_

**NOTE**  
occorre indicare qualsiasi intervento chirurgico subito, anche se effettuato ambulatorialmente. Questa informazione completa quella fornita in base al precedente quesito

**7** Soffre attualmente di qualche malattia acuta o cronica?  NO  SI  
Se sì, di che tipo e da quanto tempo? \_\_\_\_\_

**NOTE**  
ad esempio: tumori, bronchite cronica, enfisema polmonare, tonsillite cronica, ipertensione arteriosa, cardiopatie, epatopatie, ulcera gastrica o duodenale, calcolosi, nefropatie, ipertrofia prostatica, diabete, malattie delle ghiandole endocrine, vene varicose, emorroidi, artrosi, malattie reumatiche, malattie ginecologiche, malattie della pelle, ecc.

**8** Fa uso abituale di bevande alcoliche, sostanze stupefacenti, psicofarmaci?  NO  SI  
Se sì, in quale misura e da quanto tempo? \_\_\_\_\_

**NOTE**  
alcolismo e tossicodipendenza sono cause di inassicurabilità se presenti al momento della stipulazione del contratto. Sono causa di automatica cessazione dell'assicurazione se si manifestano in corso di contratto

**9** Ha accusato negli ultimi cinque anni disturbi ricorrenti o cronici?  NO  SI  
Se sì, quali e da quanto tempo? \_\_\_\_\_

**NOTE**  
ad esempio: vertigini, dolori al torace, affanno, gonfiore agli arti inferiori, dolori addominali, vomito, difficoltà nei movimenti, tremori, perdita di peso, ecc.

**10** Ha praticato negli ultimi cinque anni, o pratica attualmente, terapie continuative o a cicli ripetuti?  NO  SI

Se sì, quali, quanto e per quali motivi? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**NOTE**  
 ad esempio: cure con farmaci, cure fisioterapiche, trattamenti riabilitativi, psicoterapia, dialisi, emotrasfusioni, terapie a base di emoderivati, terapie radianti, ecc.

**11** Ha eseguito negli ultimi due anni: L'esame fornisce referto di normalità o patologico? (NO=normalità SI=patologico produrre doc.)

Accertamenti radiologici?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____
Esami ecografi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____
Accertamenti T.A.C.?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____
Risonanza magnetica nucleare?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____
Esame del fondo dell'occhio?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____
Altri esami?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____

**NOTE**  
 oltre a quelli specificamente elencati, indicare altri eventuali esami quali, ad esempio: elettrocardiogrammi, endoscopie, esami istologici o citologici, esami immunologici, test per l'epatite, test per l'aids. La sieropositività hiv è causa di inassicurabilità se presente al momento della stipulazione del contratto. È causa di automatica cessazione dell'assicurazione se si manifesta in corso di contratto

**12** È titolare di pensione di invalidità o ne ha presentato domanda?  NO  SI

Se sì, in quale anno e per quali motivi? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**NOTE**  
 i lavoratori dipendenti, nonché alcune categorie di lavoratori autonomi (piccoli coltivatori, artigiani, commercianti), hanno diritto a pensione di invalidità in caso di riduzione permanente delle capacità di lavoro, in occupazioni confacenti le proprie attitudini. Di norma costituisce requisito minimo la riduzione a meno di un terzo delle capacità lavorative (invalidità del 66,6%). Anche i lavoratori autonomi che esercitano una libera professione hanno diritto a pensione di invalidità con regole che variano in funzione della categoria professionale di appartenenza

**13** Ha avuto in passato altre assicurazioni private malattia, non più in vigore?  NO  SI Annullata dall'assicuratore?  NO  SI

Se sì, quando, per quale motivo e precedente assicuratore? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**NOTE**  
 indicare eventuali assicurazioni private per malattia (rimborso spese sanitarie o diaria da ricovero) o per invalidità permanente da malattia, cessate anteriormente alla compilazione del questionario. Qualora annullate dal precedente assicuratore, specificarne quando e per quale motivo (ad esempio per sinistro).

**14** Ha attualmente in corso assicurazioni private malattia?  NO  SI

Se sì, con quale assicuratore? \_\_\_\_\_

**NOTE**

indicare eventuali assicurazioni private per malattia (rimborso spese sanitarie o diaria da ricovero) o per invalidità permanente da malattia, attualmente in corso (se con Vittoria Assicurazioni, precisare il numero di polizza).

### CAUSE DI INASSICURABILITÀ

Dichiaro di non risultare affetto da alcuna delle seguenti patologie: alcoolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. o sindromi correlate, o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive, psicosi in genere.

Dichiaro altresì di essere consapevole che le suddette affezioni sono causa di:

? inassicurabilità se preesistenti

? cessazione automatica della copertura contestualmente al loro manifestarsi nel corso del contratto.

Dichiaro che le risposte sopra date sono esatte e veritiere e ne assumo la piena responsabilità. Riconosco che esse sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte dell'Impresa. Prosciolgo dal segreto professionale e d'ufficio tutti i medici che mi hanno visitato o curato e gli enti presso i quali sono stato ricoverato o curato, ai quali l'Impresa volesse in ogni tempo rivolgersi per informazioni. Dichiaro di aver letto il contenuto delle note esplicative riportate nel presente questionario.

DATA

FIRMA DELL'ASSICURANDO/A (o chi ne esercita la patria potestà)

### CONSENSO AL TRATTAMENTO AI FINI ASSICURATIVI DI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

In qualità di interessato, dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali fornita dal Socio/datore di lavoro e di dare il proprio consenso al trattamento da parte della Cassa dei dati personali di categorie particolari (es. dati sanitari).

Qualora i dati sanitari siano riferibili ad un Suo familiare avrà la responsabilità di renderlo edotto dell'Informativa sul trattamento dei dati personali della Cassa e di acquisirne il relativo consenso al trattamento dei dati di categorie particolari

NOMINATIVO DEL RICHIEDENTE

DATA

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Attesto che sul presente modulo, redatto e firmato dall'Assicurando/a, non sono state apportate modifiche, aggiunte o integrazioni.

FIRMA DELL'AGENTE

**Programma Invalidità Permanente da Malattia**

**CAPITALI ASSICURATI SUI MULTIPLI DELLE RETRIBUZIONI**

Indicare le categorie da assicurare ed i multipli di retribuzione:

CATEGORIA	<input type="checkbox"/> DIRIGENTI	GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA	MULTIPLO (DA INTENDERE FINO A _____)VOLTE LA RETRIBUZIONEANNUA
CATEGORIA	<input type="checkbox"/> QUADRI	GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA	MULTIPLO (DA INTENDERE FINO A _____)VOLTE LA RETRIBUZIONEANNUA
CATEGORIA	<input type="checkbox"/> IMPIEGATI	GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA	MULTIPLO (DA INTENDERE FINO A _____)VOLTE LA RETRIBUZIONEANNUA
CATEGORIA	<input type="checkbox"/> OPERAI	GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA	MULTIPLO (DA INTENDERE FINO A _____)VOLTE LA RETRIBUZIONEANNUA

Indicare il totale delle retribuzioni erogate per categoria nell'ultimo esercizio e la massima retribuzione erogata per singola categoria:

CATEGORIA <b>DIRIGENTI</b>	TOTALE RETRIBUZIONI ULTIMO ESERCIZIO	MASSIMA RETRIBUZIONE
CATEGORIA <b>QUADRI</b>	TOTALE RETRIBUZIONI ULTIMO ESERCIZIO	MASSIMA RETRIBUZIONE
CATEGORIA <b>IMPIEGATI</b>	TOTALE RETRIBUZIONI ULTIMO ESERCIZIO	MASSIMA RETRIBUZIONE
CATEGORIA <b>OPERAI</b>	TOTALE RETRIBUZIONI ULTIMO ESERCIZIO	MASSIMA RETRIBUZIONE

LUOGO	DATA
-------	------

**Programma Invalidità Permanente da Malattia**

**ELENCO ASSICURATI A CAPITALI FISSI**

N. 01	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 02	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 03	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 04	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 05	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 06	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 07	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 08	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 09	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 10	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 11	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 12	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 13	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 14	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 15	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 16	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 17	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 18	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 19	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 20	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO

(\*) D: Dirigenti – Q: Quadri – I: Impiegati – O: Operai

LUOGO

DATA

**Programma Invalidità Permanente da Malattia**

**DENUNCIA DI SINISTRO**

**DATI ASSOCIATO**

AZIENDA ASSOCIATA

CATEGORIA

QUADRO

CATEGORIA

IMPIEGATO

CATEGORIA

OPERAIO

CATEGORIA

DIRIGENTE

**DATI ANAGRAFICI**

NOMINATIVO

INDIRIZZO

COMUNE

PROV.

LUOGO DI NASCITA

DATA DI NASCITA

COD. FISCALE

TELEFONO

CELL

E-MAIL

BANCA

AGENZIA DI

N.

N. IBAN

**INFORMAZIONI RELATIVE ALL'EVENTO**

DATA DIAGNOSI

DIAGNOSI RELATIVA ALLA MALATTIA INSORTA

L'ASSICURATO E' PORTATORE DI POSTUMI DI PREGRESSE  
MALATTIE GRAVI PERMANENTI INVALIDANTI

 SI

 NO

IN CASO AFFERMATIVO, SPECIFICARE PATOLOGIA ED INVALIDITÀ RICONOSCIUTA

ALLEGATI ALLA PRESENTE  
DENUNCIA

CERTIFICATO MEDICO

CARTELLA CLINICA

ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI**

In qualità di interessato, dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali fornita dal Socio/datore di lavoro e di dare il proprio consenso al trattamento da parte della Cassa dei dati personali di categorie particolari (es. dati sanitari).  
Qualora i dati sanitari siano riferibili ad un Suo familiare avrà la responsabilità di renderlo edotto dell'Informativa sul trattamento dei dati personali della Cassa e di acquisirne il relativo consenso al trattamento dei dati di categorie particolari

NOMINATIVO

FIRMA DEL RICHIEDENTE

NOMINATIVO

FIRMA DEL RICHIEDENTE

NOMINATIVO

FIRMA DEL RICHIEDENTE



**Programma  
Rimborso Spese Sanitarie  
da Infortunio e Malattia**

**Programma Rimborso Spese Sanitarie da Infortunio e Malattia**

**RICHIESTA DI ADESIONE**

Richiediamo l'iscrizione al programma in oggetto con effetto

Restiamo in attesa di conoscere l'ammontare dei contributi assicurativi dovuti per il periodo sotto specificato:

DALLE ORE

DALLE ORE

DEL

DEL

ALLE ORE

DEL

I nominativi e/o categorie da assicurare ed i relativi capitali sono riportati nell'allegato prospetto.

TIMBRO DEL RICHIEDENTE E  
FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

LUOGO E DATA

**ESTREMI DEL RICHIEDENTE**

RAGIONE SOCIALE

SEDE IN

INDIRIZZO

CODICE FISCALE/PARTITA I.V.A.

TELEFONO

FAX

ASSOCIAZIONE INDUSTRIALE DI APPARTENENZA

REFERENTE

TELEFONO

CELL

E-MAIL

**LEGALE RAPPRESENTANTE**

COGNOME - NOME

CODICE FISCALE

INDIRIZZO

COMUNE

PROV.

CAP

DATA DI NASCITA

LUOGO DI NASCITA

PROV.

ETÀ

PROFESSIONE

SESSO

**F M**

COD. SOTTOGR.

COD. GRUPPO

DOC. IDENTIFICATIVO VALIDO

N. DOC

RILASCIATO DA

DATA SCADENZA

**Programma Rimborso Spese Sanitarie da Infortunio e Malattia**

**RICHIESTA RIMBORSO SPESE SANITARIE**

**DATI ANAGRAFICI**

NOMINATIVO DIPENDENTE

AZIENDA ASSOCIATA

CATEGORIA

QUADRO

CATEGORIA

IMPIEGATO

CATEGORIA

OPERAIO

CATEGORIA

ALTRO

BANCA

AGENZIA DI

N.

N. IBAN

**ELENCO DELLA DOCUMENTAZIONE (ORIGINALE E UNA FOTOCOPIA)**

TIPO DI DOCUMENTO	DESCRIZIONE DELLA SPESA	DATA DOCUMENTO	IMPORTO
TIPO DI DOCUMENTO	DESCRIZIONE DELLA SPESA	DATA DOCUMENTO	IMPORTO
TIPO DI DOCUMENTO	DESCRIZIONE DELLA SPESA	DATA DOCUMENTO	IMPORTO
TIPO DI DOCUMENTO	DESCRIZIONE DELLA SPESA	DATA DOCUMENTO	IMPORTO
TIPO DI DOCUMENTO	DESCRIZIONE DELLA SPESA	DATA DOCUMENTO	IMPORTO
TIPO DI DOCUMENTO	DESCRIZIONE DELLA SPESA	DATA DOCUMENTO	IMPORTO
TIPO DI DOCUMENTO	DESCRIZIONE DELLA SPESA	DATA DOCUMENTO	IMPORTO
			TOTALE

**DATI ANAGRAFICI DA INDICARE SOLO IN CASO DI VARIAZIONE**

VIA/PIAZZA

COMUNE

PROV.

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI**

In qualità di interessato, dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali fornita dal Socio/datore di lavoro e di dare il proprio consenso al trattamento da parte della Cassa dei dati personali di categorie particolari (es. dati sanitari).  
Qualora i dati sanitari siano riferibili ad un Suo familiare avrà la responsabilità di renderlo edotto dell'Informativa sul trattamento dei dati personali della Cassa e di acquisirne il relativo consenso al trattamento dei dati di categorie particolari

NOMINATIVO	FIRMA DEL RICHIEDENTE
NOMINATIVO	FIRMA DEL RICHIEDENTE
NOMINATIVO	FIRMA DEL RICHIEDENTE

**Programma Rimborso Spese Sanitarie da Infortunio e Malattia**

**RICHIESTA RIMBORSO SPESE SANITARIE - DIRIGENTI**

**DATI ANAGRAFICI**

NOMINATIVO DIRIGENTE		TELEFONO
AZIENDA ASSOCIATA		
ISCRITTO <input type="checkbox"/> FASI	ISCRITTO <input type="checkbox"/> FASDAC	ISCRITTO <input type="checkbox"/> _____
RAPPORTO DI PARENTELA CON L'ISCRITTO		
BANCA	AGENZIA DI	N.
N. IBAN		

**ELENCO DELLA DOCUMENTAZIONE (ORIGINALE E UNA FOTOCOPIA)**

GARANZIA IMPORTO	DIARIA DA RICOVERO	RICOVERO	ONCOLOGICHE CARDIACHE ALTA DIAGNOSTICA	VISITE SPECIALISTICHE ANALISI DI LABORATORIO	PROTESI ANATOMICHE	PROTESI DENTARIE	LENTI	TOTALE
SPESA SOSTENUTA								
RIMBORSO* FONDO								
DIFFERENZA								
FRANCHIGIA**								
A** LIQUIDARE								

\* Riservato al Dirigente

\*\* Riservato alla Cassa

**DATI ANAGRAFICI DA INDICARE SOLO IN CASO DI VARIAZIONE**

VIA/PIAZZA	COMUNE	PROV.
------------	--------	-------

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI**

In qualità di interessato, dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali fornita dal Socio/datore di lavoro e di dare il proprio consenso al trattamento da parte della Cassa dei dati personali di categorie particolari (es. dati sanitari). Qualora i dati sanitari siano riferibili ad un Suo familiare avrà la responsabilità di renderlo edotto dell'Informativa sul trattamento dei dati personali della Cassa e di acquisirne il relativo consenso al trattamento dei dati di categorie particolari

NOMINATIVO	FIRMA DEL RICHIEDENTE
NOMINATIVO	FIRMA DEL RICHIEDENTE
NOMINATIVO	FIRMA DEL RICHIEDENTE

**NB: E' necessaria la firma di ogni componente maggiorenne del nucleo familiare per il quale si richiede il rimborso spese. Per i minori è sufficiente la firma di chi esercita la potestà**



**Programmi  
Vita**

## Programmi Vita

### RICHIESTA DI ADESIONE

 **Assicurazione Caso Morte**
 **Assicurazione Caso Morte ed Invalidità Permanente**
 **LTC**

Richiediamo l'iscrizione al programma in oggetto con effetto

Restiamo in attesa di conoscere l'ammontare dei contributi assicurativi dovuti per il periodo sotto specificato:

DALLE ORE

DALLE ORE

DEL

DEL

ALLE ORE

DEL

I nominativi e/o categorie da assicurare ed i relativi capitali sono riportati nell'Allegato 2.

TIMBRO DEL RICHIEDENTE E  
FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

LUOGO E DATA

### ESTREMI DEL RICHIEDENTE

RAGIONE SOCIALE

SEDE IN

INDIRIZZO

CODICE FISCALE/PARTITA I.V.A.

TELEFONO

FAX

ASSOCIAZIONE INDUSTRIALE DI APPARTENENZA

REFERENTE

TELEFONO

CELL

E-MAIL

### LEGALE RAPPRESENTANTE

COGNOME - NOME

CODICE FISCALE

INDIRIZZO

COMUNE

PROV.

CAP

DATA DI NASCITA

LUOGO DI NASCITA

PROV.

ETÀ

PROFESSIONE

SESSO

**F M**

COD. SOTTOGR.

COD. GRUPPO

DOC. IDENTIFICATIVO VALIDO

N. DOC

RILASCIATO DA

DATA DI NASCITA

## Programmi Vita

### DOCUMENTAZIONE SANITARIA Assicurazione Caso Morte e Invalidità Permanente

Per ciascun Assicurato il capitale viene comunicato dalla Contraente all'inizio di ciascun periodo assicurativo oppure all'atto della modifica del capitale da assicurare. I capitali assicurati sono stabiliti in base a criteri uniformi indipendenti dalla volontà dei singoli Assicurati.

Nel caso di capitali assicurati:

- fino a 300.000,00 euro: non viene richiesto dalla Società alcun accertamento sanitario, ma unicamente la compilazione di un questionario medico semplificato relativo allo stato di salute dell'Assicurato;
- da 300.000,01 a 500.000,00 euro: l'Assicurato deve effettuare i seguenti accertamenti sanitari: (RVM - emocromo, glicemia, colesterolemia totale e frazionata, trigliceridemia, e test HIV);

- da 500.000,01 a 1.000.000,00 euro: l'Assicurato deve effettuare i seguenti accertamenti sanitari: (RVM - emocromo, glicemia, colesterolemia totale e frazionata, trigliceridemia, creatininemia, VES, transaminasi, gamma Gt, ECG basale e test HIV);

- oltre 1.000.000,01: l'Assicurato deve effettuare i seguenti accertamenti sanitari: RVM - emocromo, glicemia, colesterolemia totale e frazionata, trigliceridemia, creatininemia, VES, transaminasi, gamma Gt, ECG basale e da sforzo HCV, HBsAg, test HIV e PSA (se l'età dell'Assicurato è maggiore di 45 anni).

Il costo di tutti gli accertamenti sanitari è a carico della Contraente.

### DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO - LTC

L'Assicurato deve dichiarare:

1) di non soffrire o di non aver sofferto di una delle affezioni qui sotto indicate:

- Cardiovascolare: ictus, insufficienza coronarica, infarto del miocardio, insufficienza cardiaca, malattia valvolare cardiaca, malattia delle arterie.
- Neurologiche: morbo di Parkinson, malattia di Huntington, morbo di Alzheimer, sclerosi a placche, psicosi, ritardo mentale, disturbi della memoria, disturbi dell'equilibrio, paralisi, miopatia
- Malattie croniche: diabete, malattie del fegato e cirrosi, insufficienza respiratoria o renale, poliartrite reumatoide, sclerodermia, lupus eritematoso disseminato, periartrite nodosa
- Tumore maligno o cancro

2) di non beneficiare di esenzione totale dal ticket sanitario in ragione di patologie croniche e/o rare, oppure di non aver mai fatto richiesta per ottenerla.

3) che non gli è stata riconosciuta una pensione di invalidità superiore od uguale al 10%, oppure di non averne già fatto richiesta

4) di non essere stato ricoverato almeno 5 giorni consecutivi, negli ultimi 5 anni, per un motivo diverso da colecistectomia delle vie biliari, ernia inguinale, appendicectomia, emorroidectomia o varicectomia.

5) di non essersi sottoposto, negli ultimi 5 anni, a terapie di durata superiore a 3 settimane (con farmaci, kinesiterapia, psicoterapia, altri) per affezioni diverse da ipercolesterolemia, malattie della tiroide o menopausa.

6) di non doversi sottoporre a breve ad analisi cliniche, ad un trattamento farmacologico, ad un intervento chirurgico o a ricovero ospedaliero.

**Programmi Vita**
**ELENCO ASSICURATI VITA**

N. 01	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	SESSO F M	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 02	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	SESSO F M	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 03	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	SESSO F M	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 04	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	SESSO F M	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 05	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	SESSO F M	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 06	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	SESSO F M	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 07	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	SESSO F M	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 08	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	SESSO F M	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 09	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	SESSO F M	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 10	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	SESSO F M	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 11	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	SESSO F M	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 12	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	SESSO F M	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 13	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	SESSO F M	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 14	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	SESSO F M	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 15	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	SESSO F M	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 16	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	SESSO F M	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 17	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	SESSO F M	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 18	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	SESSO F M	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 19	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	SESSO F M	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 20	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	SESSO F M	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO

(\*) D: Dirigenti – Q: Quadri – I: Impiegati – O: Operai

Qualora vi fosse un numero maggiore di Assicurati, allegare un file con le medesime informazioni della tabella, relativamente agli Assicurati aggiuntivi.

LUOGO

DATA

**Programmi Vita**
**DENUNCIA DI SINISTRO**

In sede di prima denuncia di sinistro, al presente modulo vanno allegati i documenti elencati nell'apposito articolo delle condizioni di assicurazione (art. 10 per Assicurazione Caso Morte; art. 11 per Assicurazione Caso Morte ed Invalidità

Permanente, ed art.9 per LTC), da parte dell'Assicurato, oppure dai Beneficiari a seconda della casistica. La Società potrà richiedere ulteriore eventuale documentazione, in base alla natura ed alle modalità del sinistro.

**DATI ASSICURATO**

NOMINATIVO ASSICURATO		DATA DEL SINISTRO	
DESCRIZIONE SINISTRO			
<input type="checkbox"/> DECESSO <input type="checkbox"/> INVALIDITÀ <input type="checkbox"/> NON AUTOSUFFICIENZA			
NOMINATIVO CONTRAENTE		N. POLIZZA	

**DATI BENEFICIARI SOLO IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO**

1 - NOMINATIVO		C.F.	
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	PROV.	RECAPITO TELEFONICO
2 - NOMINATIVO		C.F.	
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	PROV.	RECAPITO TELEFONICO

**MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL CAPITALE ASSICURATO**

La liquidazione del capitale assicurato sarà effettuata a mezzo bonifico diretto utilizzando le seguenti coordinate:

BANCA	
C/C INTESTATO A	C.F.
IBAN	

Il sottoscritto prende atto che l'indicazione delle coordinate bancarie sopra riportate va intesa anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 1182, 3° comma, c.c. Il pagamento dell'importo derivante dalla liquidazione della polizza indicata, utilizzando le

suddetto coordinate bancarie, avrà pertanto valore di offerta non formale ai sensi dell'art. 1220 c.c. Con il suddetto pagamento Vittoria Assicurazioni sarà completamente liberata da qualsiasi obbligazione derivante dalla polizza indicata.

DATA	BENEFICIARIO 1 - FIRMA O TIMBRO DELL'AZIENDA	BENEFICIARIO 2 - FIRMA O TIMBRO DELL'AZIENDA
------	--	--

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI**

In qualità di interessato, dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali fornita dal Socio/datore di lavoro e di dare il proprio consenso al trattamento da parte della Cassa dei dati personali di categorie particolari (es. dati sanitari). Qualora i dati sanitari siano riferibili ad un Suo familiare avrà la responsabilità di renderlo edotto dell'Informativa sul trattamento dei dati personali della Cassa e di acquisirne il relativo consenso al trattamento dei dati di categorie particolari

NOMINATIVO	FIRMA DEL RICHIEDENTE
NOMINATIVO	FIRMA DEL RICHIEDENTE
NOMINATIVO	FIRMA DEL RICHIEDENTE